

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

57

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul LE BRIS

Né le 3 avril 1937, à Carhaix (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 28 janvier 1966

**HERNIES DIAPHRAGMATIQUES
ETUDE ANALYTIQUE**

Président : M. FEVRE, Professeur

PARIS — 1966

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul LE BRIS

Né le 3 avril 1937, à Carhaix (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 28 janvier 1966

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES
ETUDE ANALYTIQUE

Président : M. FEVRE, Professeur

PARIS — 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIÈVRE (R.), QUÉNU (J.), RENARD (G.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : GEORGES BROUET

1^{er} ASSESSEUR : DANIEL BARGETON — 2^e ASSESSEUR : JEAN GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	MM.
Anatomie DELMAS (A.)	Microbiologie (Bactériol. et virologie) FASQUELLE (R.)
Anatomie et cytologie path. DELARUE (J.)	Parasitologie BRUMPT (L.-C.)
Anesthésiologie BAUMANN (J.)	Pathologie chirurgicale LAURENCE (G.)
Bactériologie et virologie TOURNIER (P.)	KUSS (R.)
Biochimie médicale JAYLE (M.-F.)	VERNE (J.-M.)
POLONOVSKI (J.)	Pathologie exotique N...
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports MALMEJAC (J.)	Pathol. expér. et comparée MERKLEN (F.-P.)
Biologie médicale FAUVERT (R.)	Pathologie médicale LAROCHE (Cl.)
Biophysique médicale BUGNARD (L.)	BRICAIRE (H.)
DOGNON (A.)	PÉQUIGNOT (H.)
DJOURNO (A.)	Pathologie respiratoire TURIAF (J.)
Cancérologie méd. et soc. DENOIX (P.)	Pathol. et thérap. générales N...
Chimie pathologique SCHAPIRA (G.)	Pharmacologie CHEYMOL (J.)
Embryologie TUCHMANN (H.)	LEVY (Mlle J.)
Génétique fondamentale LEJEUNE (J.)	Physiologie BARGETON (D.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie COURY (Ch.)	PARROT (J.)
Histologie GIROUD (A.)	Physiol. et pathol. obstét. LEPAGE (F.)
Hygiène et méd. préven. BOYER (J.)	Radiologie médicale DESGREZ (H.)
Médecine du Travail DESOILLE (H.)	Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale CAUCHOIX (J.)
Médecine légale DEROBERT (L.)	Thérapeutique CONTE (M.)
	Thérapeutique appliquée LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique OLIVIER (G.)	Pathologie expérimentale LOEPER (J.)
Anatomie pathologique NEZELOFF (Ch.)	RICHET (G.)
Bactériologie BARBIER (P.)	Physiologie DEJOURS (P.)
Biochimie médicale DESGREZ (P.)	SCHERRER (J.)
DREYFUS (J.-Cl.)	Physique médicale KELLERSHOHN (L.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.)	GOUGEROT (L.)
Histologie COUJARD (R.)	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Parasitologie LARIVIÈRE (M.)	TUBIANA (M.)
	Radiologie médicale FISCHGOLD (H.)



2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
<i>Cliniques :</i>	
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiolog. (Broussais) . .	SOULIÉ (P.)
— cardiolog. (Bouicaud) . .	LENÈGRE (J.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) - <i>Beaujon</i> : N... - <i>Cochin</i> : LEGER (L.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.)	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) . .	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch) . . .	PADOVANI (P.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) . . .	FÈVRE (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— dermatol. (Saint-Louis) .	DUPERRAT (F.)
— endocrinologique (Pitié) .	DECOURT (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca) . .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .	DEGOS (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades) . . .	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard) . . .	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker) .	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)
— médicales : <i>Bicêtre</i> : DEPARIS (M.) - <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.) - <i>Cochin</i> : BROUET (G.) - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) - <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. de) - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) - <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.) - <i>Saint-Antoine</i> : BOUDIN (G.)	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . .	DEBRAY (Ch.)
— médecine infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)

	MM.
<i>Cliniques :</i>	
— médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	DAVID (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) .	GARCIN (R.)
— obstétricales : <i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) - <i>Saint-Antoine</i> : MERGER (R.)	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu) .	OFFRET (G.)
— ophtalmolog. (Cochin) .	BREGEAT (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
— pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) .	THIEFFRY (S.)
— pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . . .	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . .	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
— toxicologique	GAULTIER (M.)
— traumat. et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
— urologique (Cochin) . .	ABOULKER (P.)
— urologique (Necker) . .	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— (Pitié)	RAMBERT (P.)
— (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) .	POILLEUX (F.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hématologie	ANDRÉ (R.)	Neurologie	LHERMITTE (F.)
	BOUSSER (J.)	Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)	Oto-Rhino-Laryngologie .	MADURO (R.)
Maladies infectieuses . .	BASTIN (R.)	Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); GROSSIORD (A.); LAMBLING (A.); LAUNAY (Cl.); PAYET (M.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.)			ROYER (P.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)	Pneumo-Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
			MEYER (A.)
		Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	CABROL (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anatomie pathologique ..	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses ..	DUPONT (V.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Physique médicale	COURSAGET (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)		GREMY (F.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
	GONNARD (P.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.* | *Pathologie chirurgicale* : RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).	Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Conseillers administratifs : Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE (R.).	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).	Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FEVRE

Professeur de la Chaire de Clinique

Chirurgicale Infantile

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

HERNIES HIATALES

Affection particulièrement fréquente chez l'adulte, d'âge moyen, spécialement chez la femme.

La hernie hiatale réalise une saillie réductible de l'estomac vers ou à travers l'orifice oesophagien du diaphragme, saillie qui aboutit le plus souvent à l'incontinence cardiale.

Si habituellement la hernie hiatale est découverte devant des troubles digestifs, souvent sa symptomatologie est trompeuse prenant l'aspect d'une cardiopathie, d'une anémie. Elle peut être encore révélée par une complication :

- oesophagite peptique
- hémorragie digestive
- thromboses veineuses
- étranglement

Actuellement, la cure chirurgicale des hernies hiatales a gagné considérablement en simplification et en sécurité, ce qui rend l'indication opératoire plus fréquente.

CLASSIFICATION

La vieille classification d'Aberlund a été modifiée par Barrett.

On distingue :

- les hernies par glissement les plus fréquentes.

Le cardia ascensionne à travers l'hiatus oesophagien. Il n'y a

pas de sac péritonéal. L'angle de His disparaît et ceci facilite le reflux gastro-oesophagien.

Cette hernie est réductible lorsque le sujet est en position debout. Ce fait le différencie du brachy-oesophage dans lequel le cardia reste intra-thoracique.

Dans ce groupe de hernies on peut inclure les malpositions cardio-tubérositaires permettant un reflux gastro-oesophagien. Ce type de hernie correspond au type III de la classification d'Akerlund.

- les hernies par déroulement. Dans ce cas le cardia reste en place et c'est la grosse tubérosité, recouverte de son péritoine (il existe ici un sac herniaire) qui fait saillie à travers l'hiatus oesophagien et se plaçant en arrière et à gauche, rarement en avant de l'oesophage. Parfois la totalité de l'estomac devient intra-thoracique, pylore et cardia seuls demeurent en bonne place : c'est le volvulus intra-thoracique de l'estomac. Ces hernies sont encore appelées hernies para-oesophagiennes ou type II d'Akerlund.

- les hernies mixtes. Dans ce cas toute la 1/2 supérieure de l'estomac monte dans le thorax (petite courbure, cardia, grosse tubérosité).

Il convient de signaler la saillie possible de l'estomac dans le thorax par un orifice indépendant de l'hiatus oesophagien situé dans le pilier gauche du diaphragme; c'est la hernie para-hiatale. On ne peut distinguer cette variété qu'opératoirement.

ETIOLOGIE

2 faits anatomiques rendent compte de la survenue d'une hernie hiatale.

- la béance de l'hiatus oesophagien.
- la relaxation des formations fibreuses et péritonéales maintenant le cardia.

Ces facteurs sont, soit congénitaux, soit acquis.

Le facteur congénital se résume semble-t-il à l'absence d'accolement de la grosse tubérosité de l'estomac.

En fait, ce sont les facteurs acquis les plus importants.

- les causes traumatiques en particulier opératoires ou par hypertension abdominale dominant.
- à côté de cette étiologie, l'obésité, l'hypertension abdominale chronique, les lésions rachidiennes (arthrose, scoliose, cyphose) et les troubles endocriniens (hypothyroïdie, spasmophilie) pourraient jouer un certain rôle.

CLINIQUE

Les manifestations cliniques de la hernie hiatale sont avant tout fonctionnelles et subjectives, variables avec chaque individu sans rapport direct le plus souvent avec le volume de la hernie et conditionnées par l'importance du reflux gastro-oesophagien.

I - TROUBLES DIGESTIFS. Ce sont :

a) les Douleurs

- variables
- épigastriques, rétroxyphoïdiennes
- ascendantes
- à type de brûlure ou de striction
- favorisées par le procubitus

(signe du lacet de soulier de Hillemand; pouvant survenir dans le décubitus).

b) le Pyrosis

consécutif à la remontée sans effort de gaz ou de liquide d'odeur aigrelette et de goût acide, favorisé par le procubitus. Il signe l'existence du reflux gastro-oesophagien. Il survient habituellement après les repas et au milieu de la nuit.

c) les régurgitations

d) les vomissements inconstants

e) les éructations marquant la fin de la crise douloureuse épigastrique

f) la dysphagie

g) le hoquet.

II - MANIFESTATIONS THORACIQUES marquées par :

a) des troubles cardiaques

- palpitations -
- extrasystoles - précordialgies -

b) des troubles pulmonaires

dyspnée continue ou paroxystique
cyanose

toux

douleurs thoraciques.

Ces signes sont manifestement trompeurs, s'ils sont isolés, conduisant à évoquer une cardiopathie (angine de poitrine, infarctus du myocarde) ou une pneumopathie. Par contre l'absence de lésions électrocardiographiques et surtout leur association avec les troubles digestifs (survenue synchrone rythmée par les repas) doivent conduire à l'étude radiologique de la jonction oeso-gastrique.

Etude radiologique

Toujours minutieuse car certaines hernies sont intermittentes et en sachant qu'une recherche de hernie hiatale fait partie de tout examen radiologique du tractus gastro-duodéal.

L'examen doit être avant tout scopique.

- Avant l'opacification et en position debout, certaines hernies volumineuses et permanentes peuvent déjà projeter leur image sur le thorax.

- Après absorption de baryte, l'examen est pratiqué debout, de face et oblique puis couché; la position de choix est alors le procubitus en légère oblique antérieure droite et discret Trendelenburg. Complétée par la compression abdominale, elle assure le remplissage et la visualisation de la partie haute de l'estomac et souvent de la hernie. Elle permet, en outre, d'objectiver au mieux le reflux oesophagien.

Certaines hernies intermittentes n'apparaissent parfois que lors des mouvements de déglutition ou en inspiration profonde.

La prise des clichés sera évidemment pratiquée sous les incidences qui objectivent au mieux la hernie hiatale.

L'emploi du radiocinéma au cours des hernies hiatales, affection où le diagnostic est en grande partie dynamique, présente, chaque fois qu'il est possible, un intérêt considérable.

Enfin, l'examen radiologique ne négligera jamais une étude soigneuse de l'estomac et du duodénum, afin de ne pas méconnaître une éventuelle lésion associée.

Résultats

I - LES SIGNES DIRECTS

La hernie apparaît sous la forme d'une opacité arrondie ou ovalaire à grand axe vertical, située au-dessus de la partie interne de la coupole diaphragmatique gauche, coiffant la partie supéro-interne de la grosse tubérosité. Sa taille est variable allant de celle d'une noix à celle d'une grosse orange; les hernies de petit volume sont cependant de loin les plus fréquentes. L'opacité est reliée à l'estomac par un pédicule qui se rétrécit au niveau de sa traversée diaphragmatique.

La principale cause d'erreur est représentée par l'image d'une ampoule épiphrénique, renflement physiologique du bas oesophage, parfois difficile à distinguer d'une hernie hiatale, d'aspect fusiforme.

Il faut s'efforcer de préciser :

- le siège du cardia, sus ou sous-diaphragmatique, permettant de différencier hernie par glissement, la plus habituelle,

et hernie par déroulement; le repérage radiologique du cardia, est en réalité, assez souvent difficile. La distinction entre les deux types anatomiques peut être délicate;

- la longueur de l'oesophage

- l'existence du reflux oesophagien, particulier, rappelons-le aux hernies par glissement et visible sous la forme de remontée de baryte dans l'oesophage.

2 - LES SIGNES INDIRECTS

Il existe avec une particulière fréquence au cours des hernies hiatales une série d'anomalies des régions cardio-tubérositaire et antrale dont la découverte permet; sur des clichés gastriques ne comportant pas de recherche spéciale de hernie hiatale, de soupçonner la malformation et de reprendre l'examen radiologique selon la technique éprouvée.

Les plus fréquents de ces signes indirects sont :

- la distension du bas oesophage dont la limite inférieure est crénelée.

- l'allure conique de la région sous cardiale, donnant à la grosse tubérosité un aspect en tête d'oiseau.

- l'éventail de gros plis convergeant vers l'orifice diaphragmatique.

- la malformation cardio-tubérositaire avec petite poche à air.

- le décollement de la poche à air de la coupole diaphragmatique.

- l'hypertonie de la région antrale.

Etude endoscopique

On peut parfois s'aider d'une oesophagoscopie qui objectera la hernie et d'éventuelles lésions associées.

EVOLUTION

Non traitée la hernie hiatale peut se compliquer.

I - l'Anémie

Il s'agit d'une anémie microcytaire HYPOCHROME.

Plus fréquente chez la femme.

Elle est chronique et progressive liée à des hémorragies digestives occultes par saignement de la muqueuse gastrique au niveau du collet herniaire et par oesophagite peptique.

2 - les Hémorragies digestives

d'importance variable, responsables d'anémies aiguës.

3 - Thromboses veineuses

liées à l'anémie, emboligènes.

Toute thrombose veineuse d'étiologie imprécise doit faire rechercher une hernie hiatale. De plus il convient de signaler la fréquence anormale des thromboses vasculaires au niveau du collet herniaire.

4 - l'Oesophagite peptique

soupçonnée devant des brûlures intenses durables et une dysphagie pouvant se compliquer :

- d'ulcère peptique de Barrett

- de sténose cicatricielle pouvant être à l'origine

d'un brachyoesophage acquis.

Ces lésions seront bien mises en évidence par l'endoscopie.

5 - Etranglement herniaire

marqué par un début brutal associant :

- douleurs soudaines intenses à la partie haute de l'abdomen à type de crampes de coliques, de sensation de torsion irradiant inconstamment vers l'épaule gauche.

- vomissements constants.

- hoquet plus rare.

- arrêt des matières et des gaz presque toujours incomplet.

- dyspnée non rare, fonction du volume de la hernie.

L'examen clinique découvre avant tout des signes thoraciques :

- soulèvement anormal d'un rebord costal.

- diminution de l'expansion thoracique (Parfois on peut trouver un tympanisme marqué).

- disparition du murmure vésiculaire.

- bruits hydroaériques.

- déplacement du coeur à droite avec disparition du choc apexien.

Si l'examen thoracique est très riche, à l'inverse l'examen abdominal est normal.

Ce contraste doit évoquer un étranglement diaphragmatique.

L'étude radiologique recherchera :

- l'élévation apparente du diaphragme

- un déplacement du coeur vers la droite

- une ombre liquidienne ⁺ - haute dans l'hémithorax

correspondant très évocatrice si elle est surmontée d'une bulle d'air.

L'erreur devant cette symptomatologie thoracique serait d'évoquer une pleurésie et par conséquent de retarder le geste chirurgical.

6 - Le volvulus gastrique intra thoracique a souvent une symptomatologie superposable à celle de l'étranglement et impose une intervention d'urgence.

Parfois le volvulus est incomplet et sera découvert devant des crises douloureuses intermittentes entraînant une étude radiologique thoracique et digestive.

7 - Les lésions de voisinage

- la cholécystite lithiasique

(On sait que hernie hiatale plus cholécystite lithiasique, plus diverticulose colique porte le nom de TRIADE de SAINT).

- l'ulcus gastro-duodénal

- le cancer de l'oesophage.

HERNIE HIATALE DE L'ENFANT :

Rare chez le nourrisson et l'enfant.

- La physiopathogénie de ces hernies est discutée.

En effet le brachyoesophage congénital d'existence discutée, rare, est l'origine du siège intra-thoracique du cardia et partant d'une ascension gastrique dans le thorax (type I des hernies hiatales d'AKERLUND).

A côté de cette malformation, la relaxation cardio-

tubérositaire rend compte de la survenue de hernies hiatales acquises.

Ces deux lésions anatomiques peuvent s'associer et c'est en fait au cours de la cure de la hernie que l'on se rend compte de la brièveté ou de la longueur normale de l'oesophage. Un oesophage court rendant difficile la cure chirurgicale de la hernie.

Cliniquement, le nourrisson ou l'enfant se présente comme un vomisseur.

Les vomissements ont commencé presque dès la naissance. Ils sont aggravés par le décubitus horizontal et calmés par la position assise. Leur répétition altère l'état général des enfants, malgré la conservation de l'appétit. Les selles sont normales.

On peut observer des hématomés.

Les radiographies confirmeront l'existence et le type de la hernie.

DIAGNOSTIC

La hernie hiatale est souvent méconnue car le clinicien omet de demander une étude radiologique soigneuse de la jonction cardio-oesophagienne.

Il conviendra de rechercher une hernie hiatale devant :

a) un syndrome douloureux, souvent post-prandial de la partie haute de l'abdomen ou de la partie basse du thorax.

b) un syndrome angineux plus ou moins typique, déclenché, aggravé par l'alimentation ou atténué par une attitude définie.

c) un syndrome anémique, une hémorragie digestive inexpliqués.

d) une phlébite d'apparence primitive.

HERNIES PAR MALFORMATIONS CONGENITALES DES COUPOLES

DIAPHRAGMATIQUES

Elles s'observent avant tout chez le nouveau-né et le nourrisson.

A - Hernie congénitale postéro-latérale avec libre communication péritonéo-pleurale (Hernie du sinus de Boch Daleck).

Elle résulte de l'absence de développement des replis pleuro-péritonéaux détachés de la paroi postérieure de l'embryon vers la huitième semaine.

- 1) Il existe une forme immédiatement mortelle car le volume de la hernie interdit toute expansion pulmonaire. Dès la naissance le nouveau-né se cyanose et meurt.
- 2) La forme latente est rare. Pendant des mois, des années l'enfant souffre de troubles digestifs avec des vomissements sans ballonnement, ni constipation et une sensibilité particulière aux infections pulmonaires. La hernie est découverte lors des examens radiographiques systématiques.
- 3) La forme néonatale. Elle se manifeste par des signes alarmants :

- cyanose précoce souvent

permanente ou intermittente

- vomissements peu évocateurs
- tachypnée semi-permanente.

C'est le parallélisme des troubles digestifs et respiratoires qui constitue l'élément le plus caractéristique.

Cliniquement, on peut découvrir une diminution de l'expansion thoracique, un tympanisme ou une matité thoracique, un déplacement du coeur vers le côté sain une diminution du murmure vésiculaire, des bruits hydro aériques.

L'abdomen peut être creux, rétracté.

L'examen radiologique fournit des renseignements essentiels montrant des images gastro-intestinales et des niveaux liquides dans le thorax.

Ce tableau impose sans retard une cure chirurgicale.

B - HERNIE CONGENITALE AVEC SAC

Dans ce cas existe un sac herniaire constitué par la plèvre et le péritoine accolés, avec quelques ébauches diaphragmatiques d'où la dénomination d'éventration diaphragmatique.

Cliniquement cette hernie associe :

- . des signes digestifs (vomissements)
- . des signes respiratoires, cyanose, accès de toux, accès de suffocation.
- . des signes cardio-vasculaires, syncopes, collapsus inexpliqués, en relation avec les déplacements cardiaques ou médiastinaux.

La radiographie objective l'image hydroaérique intestinale sus-diaphragmatique. Cette hernie avec sac peut parfois

évoluer jusqu'à l'âge adulte. Elle siège le plus souvent à gauche.

C - HERNIES RETRO-COSTO-XYPHOÏDIENNES

ou hernie du foramen de MORGAGNI.

Elles correspondent à une agénésie plus ou moins complète des faisceaux d'insertion sternaux et costaux antérieurs du diaphragme, en effet la hernie par la fente de Larrey est exceptionnelle. Elle est habituellement complétée par une malformation congénitale du diaphragme.

L'orifice de communication thoraco-abdominal est habituellement ovalaire et siège souvent à droite.

Le viscère hernié est le colon et l'épiploon le plus souvent. Cliniquement les signes sont pauvres, groupant :

- gêne épigastrique droite augmentée par le décubitus dorsal ou les repas abondants.
- douleur basi-thoracique antérieure.
- dyspnée inconstante.
- bruits hydroaériques thoraciques.

Plus souvent ce sera un accident aigu :

- étranglement
- volvulus des organes herniés qui viendra révéler la hernie rétro-costo-xyphoïdienne chez l'adulte.

Le diagnostic peut être évoqué lors d'un examen radiographique systématique du thorax devant la découverte d'une image claire, à limite supérieure arrondie, située dans l'angle cardio-phrénique droit.

HERNIES TRAUMATIQUES

Elles résultent d'une agression externe à l'origine d'une déchirure diaphragmatique. Il peut s'agir soit de hernies par plaies, soit de hernies par contusion.

A - LES HERNIES PAR PLAIES

I) Etiologie - Physiopathologie

L'agent vulnérant peut être soit une arme blanche, soit un projectile.

La plaie diaphragmatique siège en n'importe quel point du muscle. Elle est toujours thoraco-abdominale intéressant habituellement non seulement le diaphragme mais tout viscère, placé au-dessus ou en dessous de lui. A chaque mouvement respiratoire, excepté si le thorax est largement ouvert à l'extérieur la pression augmente dans la cavité abdominale, diminue dans la cavité pleurale. Si la brèche diaphragmatique n'est pas aussitôt oblitérée par un viscère abdominal résistant, tel le foie à droite, par cette brèche les organes abdominaux mobiles sont aspirés dans le thorax. Ainsi la hernie diaphragmatique est-elle créée.

Ces hernies peuvent être diagnostiquées d'emblée. Il s'agit de hernies dites immédiates. Elles peuvent au contraire passer inaperçues lors de l'accident. Il s'agit alors de hernies dites secondaires.

2) Hernies immédiates

On est conduit à examiner un blessé porteur, soit d'une plaie thoracique, soit d'une plaie abdominale, voire une plaie mixte.

Si par l'orifice thoracique de la plaie font issue un fragment épiploïque ou une anse intestinale, ou de la bile, du liquide gastrique ou intestinal. La blessure diaphragmatique et, partant, la hernie peuvent être affirmées. Hormis cette éventualité assez exceptionnelle, une lésion du diaphragme sera suspectée devant :

- un hoquet évoquant une lésion phrénique
- une douleur scapulaire
- l'existence de signes abdominaux (douleur ou contraction) chez un blessé thoracique
- l'existence à l'inverse de signes thoraciques (hémoptysie, épanchement pleural) chez un blessé de l'abdomen.

En fait, ce sera surtout le siège de la blessure et la direction du trajet de l'agent vulnérant facile à retrouver s'il existe deux orifices cutanés (plaie perforante) qui permettront d'évoquer une plaie diaphragmatique.

S'il existe qu'un seul orifice cutané les radiographies permettront en cas de plaie par balle de récupérer le projectile qui constituera le second point d'espère.

Que la plaie diaphragmatique soit affirmée ou évoquée l'intervention d'urgence s'impose après une réanimation brève et efficace, tandis que l'on vérifie le groupe sanguin du blessé.

En effet, il est souvent difficile d'imposer au blessé des examens radiographiques même simples. Toute perte de temps peut compromettre le succès d'une intervention d'urgence. C'est l'exploration opératoire qui vérifiera l'intégrité ou non des coupoles diaphragmatiques.

Habituellement si l'on soupçonne une plaie diaphragmatique on choisira une voie thoracique plutôt qu'abdominale, parfois thoraco-abdominale si cela s'avère indispensable.

Au cours de cette intervention il conviendra de vérifier au mieux les viscères sus et sous diaphragmatiques.

3) Hernies secondaires

Ce sont les hernies diaphragmatiques traumatiques méconnues soit après une exploration chirurgicale incomplète, soit en raison d'une abstention opératoire.

Depuis l'accident initial plusieurs mois, même plusieurs années ont pu s'écouler.

a - Lésions anatomiques

L'orifice herniaire, devenu scléreux, est de taille variable. Il donne passage à de différents viscères abdominaux :

- estomac le plus souvent basculé, la grande courbure est devenue supérieure la face postérieure regarde en avant.
- colon transverse.
- intestin grêle.
- rate bloquant ou non l'orifice.

- lobe gauche du foie.

- grand épiploon.

Le coeur est refoulé à droite, le poumon est rétracté sur son pédicule.

Fait important de multiples adhérences entre les viscères herniés et les organes thoraciques se sont constituées. Elles sont à l'origine de difficultés opératoires et surtout elles contribuent à maintenir fixés les organes herniés, rendant compte de troubles du transit par occlusion ou par étranglement herniaire vrai (par striction à l'orifice herniaire).

Ces mêmes viscères herniés peuvent être le siège d'ulcérations chroniques et perforations aiguës.

Enfin, la plèvre irritée peut réagir par l'exsudation de pleurésies herniaires.

b) Clinique

Divers signes fonctionnels peuvent amener le malade à consulter :

- douleurs rétro sternales
 épigastriques
 sous costales gauches
 irradiées au cou, à l'épaule, au bras
 gauche
 post prandiales précoces
 soulagées par des vomissements
et certaines positions, aggravées par d'autres.

- troubles digestifs

- dysphagie
- état nauséux
- vomissements posturaux
- météorisme
- constipation

- troubles cardio pulmonaires

- toux fréquente et sèche
- accès de suffocation déclenchés par les repas;
le décubitus dorsal ou latéral droit, les
boissons gazeuses
- crises de palpitation
- syncopes.

Bref, tous ces signes variables selon chaque individu n'évoque nullement la hernie diaphragmatique et ceci d'autant plus que le souvenir de l'accident s'est effacé.

Au total ce sont les examens radiographiques qui doivent conduire à visualiser la hernie diaphragmatique.

c - Etude Radiologique

Sur un cliché sans préparation du thorax, on pourra observer :

- l'absence d'une coupole visible à gauche
- une dextrocardie
- dans l'hémithorax gauche, au dessus d'une opacité diffuse, des images non systématisées : éperons triangulaires, arcs de cercle entrecoupés, cellules claires arrondies et juxtaposées.

Ce sont les opacifications barytées du tractus digestif (transit et lavement) qui viendront à coup sûr confirmer la hernie diaphragmatique.

L'estomac est tantôt biloculaire dans une hernie partielle, tantôt renversé dans une hernie totale.

Ces mêmes clichés essaieront de préciser le siège et la taille de l'orifice herniaire.

Répétées quelques jours plus tard ils permettront de dire si l'on a affaire à des lésions déjà fixées, donc à des viscères adhérent intimement entre eux.

B - LES HERNIES PAR CONTUSIONS

I - Etiologie

Elles succèdent à des traumatismes fermés du tronc. Il s'agit habituellement d'un traumatisme violent (accident de la route, chute d'un lieu élevé, éboulement).

C'est l'hyperpression abdominale brutale et intense qui provoque l'éclatement du diaphragme. Le muscle peut être fendu d'avant en arrière ou obliquement selon les fibres. Il peut encore s'agir d'une rupture latérale ou d'une désinsertion.

Les viscères abdominaux font issus dans le thorax. L'étranglement herniaire peut être immédiat.

2 - Etude Clinique

Habituellement on est conduit à examiner un grand blessé, shocké, souvent atteint de multiples fractures, côtes, membres, bassin, rachis .

D'emblée une réanimation est mise en route. Puis des investigations complémentaires sont pratiquées.

- groupe sanguin
- radiographies sans préparation, si l'état du blessé le permet.

Si le diagnostic de hernie diaphragmatique est posé, l'intervention est pratiquée, habituellement par voie thoracique. On peut aussi réparer le diaphragme et vérifier les viscères abdominaux herniés.

D'autres fois devant l'existence de signes abdominaux majeurs (contracture) l'intervention est pratiquée par voie abdominale. L'exploration incomplète peut méconnaître la lésion du diaphragme. De même devant un hémothorax l'abstention chirurgicale fréquente laisse passer inaperçue une rupture diaphragmatique. Ce n'est que plus tard plus ou moins longtemps après l'accident que des troubles digestifs ou thoraciques feront pratiquer des examens radiologiques. Ici, l'absence de plaie cutanée rendra difficile le rattachement de la hernie diaphragmatique à un traumatisme antérieur. La congénitalité de cette hernie pouvant alors être suspectée. Ce sont les arguments opératoires qui permettront de trancher, les bords de l'orifice herniaire, fins souples nets lisses dans les hernies congénitales sont irréguliers, durs, épais et fibreux dans les hernies traumatiques.

C - VARIETES RARES

Les hernies du côté droit, sont rares, car le foie protège la coupole non pas contre une plaie, mais il empêche l'issue intra-thoracique des viscères abdominaux.

Exceptionnellement on a vu un foie luxé au dessus du diaphragme.

Dans ces hernies de la coupole droite on trouve le plus souvent l'estomac ou le colon.

LES HERNIES INTER COSTALES

s'obstruent après une blessure ou une compression de la base du thorax avec ou sans fracture des côtes. On voit saillir sous la peau dans un espace intercostal une tumeur visible et palpable présentant tous signes habituels d'une hernie.

- impulsion de la toux

- réductibilité avec gargouillement

permettant de faire la distinction avec un abcès froid.

Ces hernies par fracture de côtes sont rangées par certains dans les hernies par contusion puisqu'il n'y a pas de plaie des téguments; par d'autres dans les hernies par plaie puisque la désinsertion diaphragmatique qui leur donne naissance est une déchirure véritable du muscle.

LES HERNIES DE CAUSE CHIRURGICALE

sont exceptionnelles. Elles résultent soit d'une incision diaphragmatique, soit d'une nécrose mécanique par drainage prolongé du cul de sac pleural pour pleurésie purulente.

T R A I T E M E N T

Nous envisageons successivement le traitement des hernies diaphragmatiques de l'adulte et de l'enfant.

I - HERNIES DIAPHRAGMATIQUES DE L'ADULTE

A - METHODES MEDICALES

En dehors des hernies des coupoles qui relèvent d'une cure chirurgicale les hernies hiatales sont avant tout à traiter médicalement.

- pansements gastriques (collargol) réglisse, gels hydrophobes (polysilane)
- pas d'antispasmodiques du type atropine
- phénothiazine, en sirop qui agit comme anesthésique local.

Conseils hygiéno-diététiques :

- Pas de boissons gazeuses
- Pas de repas abondants
- Eviter les compressions abdominales
- Traitement d'une anémie éventuelle (fer Vit. B I2)
petites transfusions
- Préventions des thromboses ou leur traitement.

B - METHODES CHIRURGICALES

I) Dans les hernies du sinus de BOCHDALECK ou l'aplasie du quart postérieur du diaphragme le but de l'intervention est d'oblitérer l'orifice.

La voie d'abord est thoracique passant par le 8ème ou 9ème espace. Si l'orifice est petit on le suture facilement en paletot. Si l'orifice est grand, on peut soit mobiliser les attaches du diaphragme, par la résection des côtes inférieures (HARRINGTON), soit dégager les insertions périphériques du diaphragme (BELSEY) le côté central étant laissé intact avec ses vaisseaux et ses nerfs on réinsère le muscle 2 espaces en dessous ce qui permet la fermeture et augmente le volume de la cavité abdominale où les viscères sont refoulés.

2) Dans les hernies du foramen de MORGAGNI (hernies par la fente de Larrey, hernies parasternales, hernies rétro-xyphoïdiennes) on utilise plus volontiers une voie médiane sus-ombilicale que thoracique.

Après attraction des organes herniés dans l'abdomen, on suture l'orifice herniaire, le sac herniaire ne sera excisé que si sa dissection est facile.

3) Dans la hernie hiatale plusieurs méthodes sont proposées.

a) technique de simple reposition

Elle consiste à réduire la hernie

à rapprocher les piliers

par suture en évitant de rétrécir trop l'hiatus
oesophagien

à reconstituer l'angle de His, pour éviter le
reflux gastro-oesophagien

à suturer la grosse tubérosité à la face inférieure
du diaphragme

à suturer la plèvre à l'oesophage.

Cette technique a été décrite par ALLISSON. Elle
s'effectue alors par voie thoracique gauche et nécessite une
phrénotomie en évitant de sectionner le nerf phrénique.

D'autres pratiquent cette cure chirurgicale par voie
abdominale sus-ombilicale. Dans ce cas on ne suture pas la
plèvre à l'oesophage.

b) Technique modifiant la morphologie normale de la
région oeso-cardio-tubérositaire, ce sont :

- la gastropexie de Boroena et Germs visant à fixer la
partie haute de la petite courbure gastrique à la paroi
abdominale antérieure à droite de l'incision.
- la gastropexie de Nissen souvent associée à une fundo-
plicature visant à réaliser autour de l'oesophage abdominal
un manchon avec la grosse tubérosité qu'on enroule autour
de lui en passant cette dernière en arrière du conduit
oesophagien pour la faire revenir en longeant le bord
droit de l'oesophage, sur sa face antérieure.

c) Techniques complémentaires

Certains terminent l'insertion par une vagotomie
et une pyloroplastie, voire une gastroentérostomie. La gastrec-
tomie des 2/3 de certains semble superflue.

d) Techniques palliatives

Réservées aux cas intangibles, désespérés, elles consistent, soit à une phrénicectomie gauche, soit une gastrotomie ou jéjunostomie.

C - INDICATIONS

a) La petite hernie banale

Les petites hernies hiatales intermittentes et peu gênantes relèvent habituellement de l'abstention chirurgicale. Si les troubles persistent ou s'aggravent ou s'il apparaît une oesophagite peptique l'intervention est indiquée.

b) La volumineuse hernie

En dehors de toute symptomatologie fonctionnelle certains discutent l'indication. S'il existe des troubles l'indication ne se discute plus.

c) Hernie para-oesophagienne

Ici l'indication est discutée. Pour certains elle est formelle, car le risque d'étranglement serait plus grand.

d) Hernie compliquée

L'oesophagite peptique doit conduire sans retard à la cure chirurgicale de même pour la majorité, les autres complications, telle l'anémie, les thromboses veineuses récidivantes. L'étranglement herniaire impose l'intervention d'urgence. Opérée la hernie hiatale dans la majorité des cas guérit. Quelque fois on a observé des récurrences.

Exceptionnellement des morts ont été rapportés par embolie pulmonaire ou diarrhée incoercible.

e) Cas particuliers les hernies traumatiques. Elles imposent après réanimation rapide un geste chirurgical immédiat. La voie d'abord est le plus souvent thoracique, voire thoraco-abdominale gauche.

On repère non seulement le diaphragme mais aussi les lésions associées.

II - HERNIES DIAPHRAGMATIQUES DE L'ENFANT

Elles posent des problèmes de technique chirurgicale très particuliers surtout en ce qui concerne les hernies congénitales des coupoles diaphragmatiques.

Par contre les hernies de l'hiatus oesophagien, les hernies rétro-costo-xyphoïdiennes et les exceptionnelles hernies traumatiques relèvent de techniques superposables à celles de l'adulte.

La cure chirurgicale des hernies des coupoles diaphragmatiques font discuter de nombreux points.

La voie d'abord même sera-t-elle thoracique, abdominale ou mixte.

Beaucoup choisissent la voie abdominale puisqu'ils n'existent pas d'adhérences thoraciques des organes abdominaux herniés. On pratique alors une coeliotomie médiane xypho-ombilicale, le plus souvent.

D'autres préfèrent une incision abdominale oblique susceptible d'être facilement agrandie vers le thorax.

Pour les hernies de la coupole droite certains utilisent la voie antéro-latérale oblique de CHEVASSU. Cette lombotomie permet d'aborder assez facilement la hernie. Dans les éventrations diaphragmatiques, les hernies avec sac, beaucoup opèrent par voie thoracique.

Il est bien évident que cette intervention doit être entourée de toutes les méthodes modernes de réanimation, de l'anesthésiologie et au besoin être effectuée dans un centre de chirurgie infantile néo natale spécialisé.

Les résultats opératoires de la cure chirurgicale des hernies congénitales des coupoles sont encore grevées d'échecs dus à la fragilité des nouveaux-nés, au retard du diagnostic.

En outre, il convient de signaler la cure des hernies hiatales de l'enfant ne peut naître que de l'échec avère du traitement postural (orthostatisme) et diététique (épaississement des repas).

Les indications sont donc le fait :

- de la gravité du syndrome émétisant.
- de l'altération progressive de l'état général.
- de l'existence d'hémorragies inquiétantes par leur abondance ou leur répétition.
- de la persistance de ces accidents malgré le traitement médical.

VU, le Doyen,

M. BROUET

VU, le Président,

M. FEVRE

VU, le Recteur,

M. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

BINET J.P. -

Voies d'abord et procédés de réparation des hernies
diaphragmatiques de l'adulte.

Revue du Praticien, II Sept. 1956, T. VI, N° 23,
2571-580.

BIOMBARD -

Les hernies diaphragmatiques en relation avec les
anémies.

Acta Gastro enterologica belgica, 14, 445, 1951.

BOUVRAIN Y., SLAMA R. -

Hernies hiatales et pathologie cardio-vasculaire.

Semaine des Hôpitaux, 6 Octobre 1957, 334.

CACHIN, PERGOLA et LEVILLAIN R. -

Hernie diaphragmatique et thromboses veineuses.

Etude anatomique.

Sem. des Hôp. Paris, 22, 22, 793, 1955.

DEBRAY Ch., HARDOUIN J.P. -

Hernies diaphragmatiques non traumatiques de l'adulte.

(Hernies de l'hiatus oesophagien du diaphragme,

hernies rétro-costo-xyphoïdiennes, hernies de coupes
diaphragmatiques).

Rev. du Praticien, t. VI, N° 23, Sept. 1956, 2517-2535.

DELANNOY E. -

Etranglement des hernies diaphragmatiques.

Rev. du Praticien, t. VI, N° 23, Sept. 1956, 2537-2546.

DELANNOY E. et MARTINET M. -

L'opération de Boerema dans les hernies hiatales.

Ann. Chir. 1961, vol. 15 ; N° 23-24, 1525-1531.

DUHAMEL B. -

L'abord lombaire des hernies congénitales des coupoles diaphragmatiques. En particulier du côté droit.

Presse Médicale, Fév. 1963, 70, N° 6, 283-284.

GIRAUD G. et ROUJON J. -

La symptomatologie cardiaque des hernies diaphragmatiques.

Rev. Médicale de France, Juillet 1957.

HARVIER P. -

Syndrome général des hernies diaphragmatiques chez l'adulte. (Clinique et radiologie).

Rev. du Praticien, t. VI, N° 23, 1956, 2509-2516.

LAURENCE G. -

Hernies diaphragmatiques du nouveau-né et du nourrisson.

Rev. du Praticien, t. VI, N° 23, 1956, 2561-2570.

LAURENCE G. -

Analyse et synthèse des hernies diaphragmatiques.

Rev. du Praticien, t. VI, N° 23, 1956, 2497-2509.

LORTAT-JACOB J.L. -

Séquelles de la chirurgie de l'hiatus diaphragmatique
et du cardio-oesophage.

Rev. du Praticien, t. XIV, N° 7, 737-741.

NIVET M. -

Formes anémiques des hernies diaphragmatiques.

La France Médicale, Déc. 1957, N° 12, 15-22.

QUENU J., MOREAUX J. -

Les hernies diaphragmatiques traumatiques (non
étranglées de l'adulte).

Rev. du Praticien, tome VI, N° 23, 2547-2559.

ROGE J. et PARIENTE R. -

Les hernies diaphragmatiques à symptomatologie
thoracique.

La France Médicale, N° 12, Déc. 1957, 33-39.

ROY-CAMILLE R. -

Hernies hiatales de l'adulte.

La France Médicale, N° 12, Déc. 1957, 3-15.

SANTY P., FAVRE-GILLY J., LAROYENNE Y. -

Indications du traitement chirurgical dans les formes
anémiques de la hernie diaphragmatique de l'estomac.

Lyon Chirurgical, t. 49, N° 3, 1954.

SIGUIER F. -

Maladies-vedettes.

Masson ed. 1957, Paris, 412-420.

SLAMA R. -

Hernies diaphragmatiques et pathologie cardio-vasculaire.

La France Médicale, N° 12, Déc. 1957, 23-32.

VAN DAMME -

A propos du syndrome anémique de la hernie diaphragmatique.

Acta Gastroenterol. Belg., 7, 475, 1956.

-:-:-:-

